



# PRÉVENTION DES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM : IMPORTANCE DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

## L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM EST LA PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS MATERNEL DANS LE MONDE ENTIER

Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

L'hémorragie du post-partum (HPP) – saignement utérin incontrôlé survenant après l'accouchement – est la principale cause de décès maternel dans le monde entier. L'HPP survient souvent à l'improviste et peut entraîner le décès en moins de deux heures si elle n'est pas traitée. Dans de nombreux pays en voie de développement, une femme qui fait une hémorragie n'a aucun accès ou qu'un accès limité à des soins de santé capables de lui sauver la vie. Par conséquent, la prévention de l'HPP est une stratégie cruciale pour réduire la mortalité maternelle. L'atonie utérine, qui survient quand les muscles utérins ne se contractent pas normalement après la naissance, est la principale cause d'HPP et peut être évitée, dans une majorité de cas, grâce à une pratique clinique basée sur l'évidence connue sous le nom de gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). Cependant, de nombreux services de santé dans le monde entier ne réussissent pas à offrir systématiquement une GATPA, une lacune qui représente un important problème de qualité en soins de santé maternelle.

La GATPA réduit les HPP de plus de 50 % lorsqu'elle est pratiquée sur une femme immédiatement après la naissance de son bébé et avant l'expulsion du placenta, pendant la troisième phase de l'accouchement (Prendiville et al. 2000). La GATPA comprend trois étapes,



« Nous estimons à 1,4 million par an, le nombre d'accouchements ne bénéficiant pas d'une gestion active correcte de la troisième phase de l'accouchement... Ceci représente 1,4 million d'occasions perdues pour éviter une hémorragie du post-partum, qui est la principale cause de décès maternel. »

*Stanton et al. 2009*

### ENCADRÉ I

#### Les trois éléments de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement pour réduire l'HPP

- 1) Administration d'un médicament utérotonique du type oxytocine immédiatement après la naissance pour favoriser la contraction de l'utérus.
- 2) Contrôle de l'expulsion du placenta grâce à une traction délicate sur le cordon ombilical, tout en fournissant une contre-traction externe à l'utérus.
- 3) Massage externe de l'utérus pendant et après la délivrance du placenta

*Source : Organisation Mondiale de la Santé 2004*

figurant dans l'encadré I. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que toutes les femmes bénéficient d'une GATPA administrée par un personnel de soins qualifié, habituellement une infirmière, une sage-femme, un médecin ou, dans certains cas, une infirmière auxiliaire spécialement formée (Mathai et al 2007).

Des interventions de soins du type GATPA sont considérées à « haut impact » car elles affectent l'une des principales causes de mortalité et « factuelles » car elles ont été prouvées comme réduisant la mortalité grâce à des méthodes de recherche rigoureuses. Des publications récentes ont résumé les interventions basées sur l'évidence à haut impact susceptibles de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles (Darmstadt et al. 2005; Campbell et Graham 2006; Lawn et al. 2009). Toutefois, il existe moins d'approches et de travaux de recherche disponibles pour

## FEVRIER 2010

Ce dossier technique a été préparé par University Research Co., LLC (URC) pour examen par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID / United States Agency for International Development), ses auteurs sont : Kathleen Hill, Jorge Hermida, Maina Boucar, Youssef Tawfik et Lani Marquez. Les activités décrites ici, destinées à réduire la mortalité due aux hémorragies du post-partum, ont été menées sous les auspices du Projet d'Amélioration des Soins de Santé (Health Care Improvement Project ou Projet HCI) de l'USAID, géré par URC selon les modalités du Contrat No. GHN-I-01-07-00003-00 et ont été rendues possibles grâce au soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'USAID. Le contenu de ce rapport est la seule responsabilité d'URC et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

guider une mise en œuvre efficace et une extension de ces approches pour la dissémination d'un ensemble d'interventions à haut impact, dans le cadre de soins d'accouchement routiniers fournis à toutes les femmes et leurs nouveau-nés.

## LA JUSTIFICATION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ : POURQUOI LES MÉDICAMENTS ET LA FORMATION NE SUFFISENT PAS

Dans les pays où le plus grand nombre de femmes meurent d'hémorragie du post-partum, de nombreux obstacles empêchent les femmes de bénéficier de la GATPA. Le manque d'accès à des soins de santé efficaces en raison de contraintes financières, géographiques et culturelles, représente l'un des principaux obstacles. Dans de nombreux pays où la mortalité est élevée, la plupart des femmes accouchent à domicile, souvent sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée. Toutefois, même lorsque les femmes ont accès à des soins de santé efficaces, souvent elles ne bénéficient pas d'une GATPA. Dans des milieux où la GATPA est supposée faire partie des soins systématiques du post-partum, des études par observation directe ont montré des problèmes fréquents de respect des normes de la GATPA, englobant le moment précis de l'administration d'agents utérotoniques et la conformité avec les trois éléments de la GATPA (Harvey et al. 2007; Stanton et al. 2009). Une étude réalisée dans sept pays a démontré une utilisation correcte de la GATPA dans seulement 0,5 % à 32 % des accouchements observés ; une formation en gestion active n'a pas semblé contribuer à l'utilisation courante de la pratique (Stanton et al. 2009).

Des défis à la mise en œuvre de la GATPA surviennent à travers de nombreux domaines du système de santé. L'OMS a défini six composantes clés dans son cadre d'action destiné à renforcer les systèmes de santé : prestation de services ; personnel de santé ; informations ; produits médicaux, vaccins et technologies ; financement et enfin leadership et gouvernance (OMS 2007). Lors de l'analyse des obstacles courants aux prestations fiables de n'importe quel ensemble de services ayant un haut impact, il est utile de prendre en considération ces six domaines, afin d'identifier les lacunes et d'établir l'ordre de priorité des mesures à prendre. Dans le cas de la GATPA, comme avec la plupart des interventions

**TABLEAU I. DÉFIS SPÉCIFIQUES À LA MISE EN ŒUVRE DE LA GATPA, PAR COMPOSANTE DU SYSTÈME DE SANTÉ DE L'OMS**

<b>Composantes du système de santé</b>	<b>Obstacles à une GATPA systématique</b>
<b>Prestation de services</b>	
<b>Organisation des soins</b>	Les processus de soins ne sont pas organisés efficacement pour l'application d'une GATPA fiable lors de chaque accouchement, par ex. : absence de processus reposant sur des normes des soins lors du tri, du travail, de l'accouchement et du post-partum.
<b>Conformité des soins aux normes</b>	Les prestataires n'effectuent pas correctement les trois étapes de la GATPA
<b>Soins accessibles</b>	Manque de soins à la naissance abordables quand et où les femmes accouchent
<b>Soins acceptables</b>	L'accouchement ne répond pas aux attentes et/ou aux normes culturelles des clientes
<b>Personnel de soins</b>	
<b>Ressources humaines</b>	Nombre et répartition inadéquats d'accoucheuses qualifiées
<b>Compétence du personnel</b>	Accoucheuses qualifiées non formées à la GATPA Manque de formation/supervision de soutien régulier avant et dans le service
<b>Engagement du personnel</b>	Manque d'incitations pour engager et motiver le personnel à fournir des soins de qualité
<b>Informations</b>	
<b>Dossiers médicaux</b>	Non-inclusion des normes de GATPA dans le dossier médical/registre des naissances
<b>Suivi</b>	Aucune mesure systématique de la GATPA (qualité, couverture) ou des taux d'HPP
<b>Analyse et dissémination</b>	Aucune analyse et/ou dissémination systématique des mesures de GATPA et d'HPP pour guider une amélioration permanente à travers l'ensemble du système de santé
<b>Produits médicaux et technologies</b>	
<b>Médicaments et chaîne du froid</b>	Non-disponibilité de médicaments utérotoniques et/ou de capacité de chaîne du froid
<b>Financement de la santé</b>	
<b>Coût des soins</b>	Soins d'accouchement qualifiés inabordables pour la cliente
<b>Compensations du personnel</b>	Absence de compensations adéquates ou fiables du personnel
<b>Infrastructure et médicaments</b>	Manque de financement
<b>Leadership et gouvernance</b>	
<b>Leadership</b>	Manque de champions de la GATPA Manque de leadership en matière de formation/supervision et/ou de déploiement rationnel d'accoucheuses qualifiées
<b>Normes nationales</b>	Manque de normes nationales au niveau de la GATPA

de santé, des obstacles à la mise en œuvre systématique surviennent à travers tous les domaines du système de santé, comme indiqué au tableau 1.

## COMMENT LES MÉTHODES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ AIDENT À SURMONTER LES OBSTACLES DE MISE EN ŒUVRE DE LA GATPA

Des méthodes d'amélioration de la qualité peuvent renforcer les systèmes de santé pour surmonter les obstacles de mise en œuvre (Tableau 1), pour faire de la GATPA une partie intégrante des soins à l'accouchement, même dans un environnement à ressources limitées. Des soins de qualité peuvent être définis comme étant des soins de santé accessibles reposant sur des normes basées sur l'évidence et fournis en fonction des besoins des clients. L'amélioration de la qualité (AQ) comprend des activités systématiques, guidées par les données et spécifiquement conçues pour apporter des améliorations rapides et substantielles à la performance des processus de soins de santé (Batalden et Davidoff 2007). Les méthodes d'AQ reposent sur quatre principes (Encadré 2).

Les activités d'AQ modifient les processus à l'intérieur de toutes les parties du système de santé et sont typiquement mises en œuvre par les managers et les prestataires de services et santé de première ligne. En plus d'améliorer la prestation de services de soins de santé, les méthodes d'AQ peuvent aider à éliminer les obstacles d'accès à des soins d'accouchement qualifiés, en permettant aux communautés d'identifier et de mettre en œuvre des changements améliorant l'accès des femmes aux soins dont elles ont besoin. Les méthodes d'AQ, mises en œuvre au niveau communautaire, permettent aux consommateurs d'exiger des soins de qualité et d'y avoir accès.

Alors que les obstacles généraux du système de santé concernant la mise en œuvre ou l'amélioration de la qualité de la GATPA (Tableau 1) sont souvent similaires à travers les différents systèmes de santé, la forme particulière que revêt un obstacle de mise en œuvre est habituellement unique à chaque cadre. Par exemple, dans tous les

### ENCADRÉ 2

#### Quatre principes d'amélioration de la qualité

- 1) Compréhension et concentration sur les besoins des clients
- 2) Compréhension de la manière dont les processus de soins fonctionnent à l'intérieur d'un système
- 3) Utilisation de données pour mesurer les résultats et guider une amélioration continue des soins
- 4) Travail d'équipe efficace qui engage des équipes de managers, de prestataires de services et d'intervenants communautaires dans une vision commune d'amélioration des soins

cadres de soins de santé, un médicament utérotonique viable (conservé à la température correcte, dans le cas de l'oxytocine) doit être disponible pour l'application d'une GATPA efficace. Toutefois, différents cadres sont confrontés à des défis distincts pour assurer la disponibilité permanente d'oxytocine à chaque accouchement.

Pour surmonter les obstacles de mise en œuvre spécifiques à chaque cadre, les équipes d'AQ, formées de managers et de prestataires de première ligne, sont habituellement les mieux placées pour identifier, tester, adopter et soutenir des modifications / changements efficaces pour une amélioration de la qualité de la prestation des services. Toutefois, afin d'être totalement efficaces, les équipes de première ligne œuvrant à améliorer la prestation des services, doivent être soutenues par un système de santé plus vaste, dans lequel l'ensemble des six composantes définies par l'OMS fonctionne efficacement. Par conséquent, les interventions d'AQ visent nécessairement toutes les fonctions essentielles du système de santé, en travaillant par l'intermédiaire d'équipes à plusieurs niveaux, afin de renforcer toutes les fonctions essentielles du système de santé nécessaires à la prestation fiable de soins de haute qualité pour des résultats optimaux au niveau des clients.

## ACCÉLÉRATION DE L'INTENSIFICATION DE LA GATPA GRÂCE À DES AMÉLIORATIONS CONCERTÉES

Alors que les méthodes d'AQ peuvent être appliquées efficacement par des équipes individuelles, pour améliorer les services sur un site unique, l'engagement de multiples sites dans un processus d'AQ commun s'est révélé accélérateur de la mise en œuvre et l'intensification des interventions à haut impact pour des résultats améliorés (Catsambas et al. 2008; Franco et al. 2009). Dans un modèle d'AQ appelé le collaboratif d'amélioration, initié aux États-Unis par l'Institute for Healthcare Improvement (Institut pour l'amélioration des soins de santé), plusieurs équipes d'AQ de sites individuels de soins de santé collaborent pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé dans un domaine technique ciblé, du type prévention de l'HPP. Des équipes des sites individuels collaborent intensivement pour identifier, tester et partager des changements efficaces permettant d'atteindre des objectifs partagés, mesurés par un ensemble d'indicateurs communs.

L'innovation centrale de l'approche collaborative est l'apprentissage mutuel des acteurs de plusieurs sites qui accélère la dissémination rapide de changements efficaces de mise en œuvre. Dans un collaboratif, des équipes de sites individuels sont typiquement soutenues par des équipes de managers au niveau régional et national qui promeuvent l'apprentissage partagé parmi les équipes et le renforcement continu des capacités en compétences cliniques, en AQ et en suivi des données. Par l'intermédiaire de stratégies planifiées d'extension des changements efficaces mis en œuvre sur de nouveaux sites rejoignant des phases successives du collaboratif, le collaboratif devient un modèle efficace d'intensification des interventions à haut impact. Habituellement, les résultats sont atteints plus rapidement pendant les phases subséquentes d'extension d'un collaboratif en raison de la dissémination active et de l'adoption rapide des meilleures pratiques identifiées durant les phases antérieures. Les anciennes équipes de sites jouent un rôle clé de facilitation lors de l'entrée de nouveaux sites

*suite page 7*

ENCADRÉ 3

## Étude de cas : le NIGER

*Accélération de la prévention de l'HPP dans un environnement à forte mortalité*

En 2005, quand l'URC a lancé un collaboratif d'amélioration des soins maternels et néonataux au Niger, un pays au plus fort taux de mortalité maternelle au monde, le partogramme ne comportait pas les éléments des normes GATPA. Une enquête de base effectuée en 2005 a révélé que seulement 7 % des 57 prestataires de santé maternelle enquêtés (sages-femmes, infirmières et médecins) dans des maternités publiques avaient reçu une formation à la GATPA.

Des équipes d'AQ en provenance de 33 maternités publiques ont collaboré intensivement pour améliorer les soins maternels et néonataux, y compris les soins courants immédiats du post-partum avec la GATPA et les soins essentiels à apporter aux nouveau-nés. Des équipes d'AQ formées de sages-femmes, d'infirmières, de médecins et de managers se sont réunies une fois par semaine sur chaque site pour identifier, tester et mesurer les effets de changements afin d'adhérer aux pratiques à haut impact, y compris la GATPA comme soins de routine à l'accouchement. L'efficacité des changements testés sur chaque site était mesurée à travers un jeu d'indicateurs communs de suivi par toutes les équipes. Elles se sont retrouvées une fois par trimestre au niveau régional pour partager les changements efficaces tels que mesurés par les résultats des indicateurs. Une réunion annuelle nationale, annoncée à grand renfort de publicité,

a synthétisé les meilleures pratiques à travers toutes les régions et a disséminé les résultats collectifs.

Vingt-quatre mois après le lancement du collaboratif des soins maternels et néonataux au Niger dans 33 établissements publics, la couverture des naissances par la GATPA dans les établissements y participant est passée de moins de 5 % au niveau de base à 98 % et les taux d'HPP sont chutés de 2,5 % au niveau de base à 0,2 % (Figure 1). En 2008, 31 085 naissances représentant 27 % des naissances dans les maternités, au niveau de tout le pays, ont bénéficié de la GATPA dans les maternités publiques participant au collaboratif. Dans tous les sites, la GATPA était appliquée comme faisant partie d'un ensemble de soins du post-partum qui comprenait les soins essentiels aux nouveau-nés et des gains similaires ont été constatés pour les soins immédiats aux nouveau-nés. Les résultats du Collaboratif sous forme de graphiques, comme illustré dans celui de la figure 1, étaient largement et continuellement disséminés, stimulant l'engagement des équipes des sites individuels et des managers au niveau régional déjà motivés par les résultats locaux. Une étude de validité des données a révélé que les



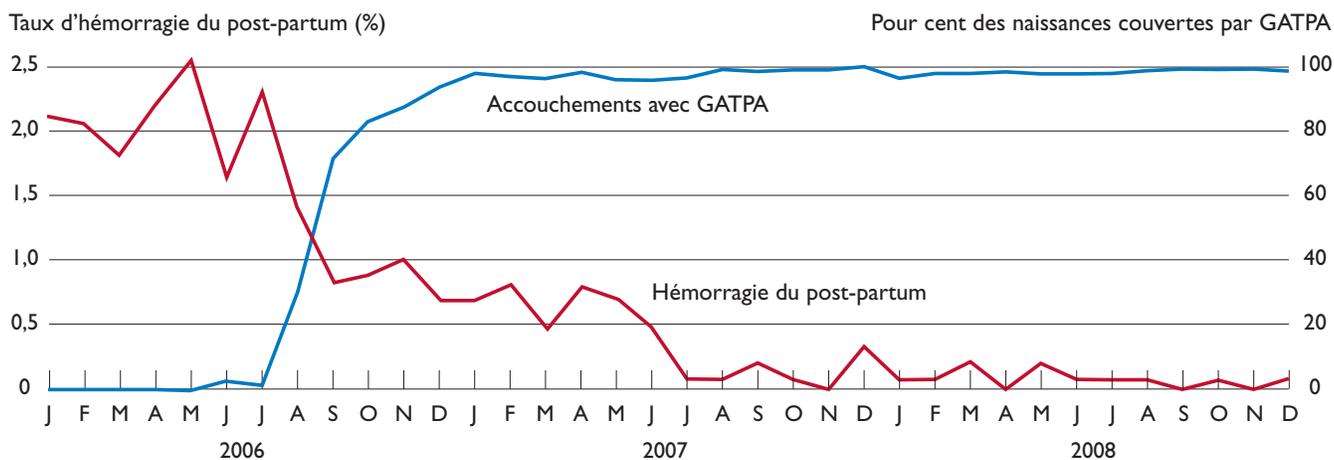
Équipe d'AQ formée de sages-femmes dans une maternité au Niger

données enregistrées dans les dossiers cliniques et rapportées, lors de réunions régionales du collaboratif, présentaient une forte corrélation avec les audits de graphiques indépendants et les observations périodiques des prestataires.

Huit mois après la fin officielle du collaboratif en juin 2009, une recherche opérationnelle menée par le Projet HCI, a révélé un suivi continu et une conformité aux normes GATPA, à des niveaux atteints durant le collaboratif. Les résultats reposaient sur des audits externes de partogrammes et des observations directes dans 17 anciens centres du collaboratif.

**FIGURE 1 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIÈME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT ET TAUX D'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM DANS DES CENTRES CIBLÉS AU NIGER, JANVIER 2006 À DÉCEMBRE 2008**

*Nombre total d'accouchement – 2006: 24,785 (28 sites); 2007: 31,073 (33 sites); 2008: 31,085 (33 sites)*



## Étude de cas : ÉQUATEUR

### Introduction et extension de la GATPA au niveau national

Dans le cadre de l'aide au ministère de la santé de l'Équateur pour améliorer la qualité des soins maternels, l'URC, par l'intermédiaire du Projet d'Assurance de la qualité financé par USAID (prédécesseur du projet HCI financé par USAID), a commencé des plaidoyers en 2003 pour l'introduction de la GATPA dans les normes nationales de l'Équateur en matière de soins maternels. De nombreux responsables du ministère de la santé et d'obstétriciens chevronnés avaient des doutes quant à l'efficacité et l'innocuité de la GATPA. Reconnaisant l'importance d'inclure la GATPA comme élément clé d'un ensemble de soins obstétriques essentiels à haut impact, l'URC a proposé l'introduction de la GATPA à titre expérimental dans une seule province, dans le cadre d'un collaboratif d'amélioration des soins obstétriques essentiels, lancé par le ministère de la santé et l'URC en 2003. Alors que le collaboratif s'est étendu de nouvelles provinces en 2004 et en 2005, un nombre croissant de centres a commencé à mettre en œuvre la GATPA, démontrant qu'elle pouvait être appliquée en toute sécurité par les prestataires de soins dans les hôpitaux provinciaux et de petits districts. En fin 2006, près de la moitié (75 sur 152) des hôpitaux publics utilisaient et suivaient couramment la GATPA dans le cadre du collaboratif des soins obstétriques essentiels.



Équipe d'AQ formée de professionnels de la santé et de sages-femmes traditionnelles en Équateur

En 2006, à la suite d'ardents plaidoyers de la part de l'URC, de partenaires et de champions de la cause au niveau national, le ministère de la santé a publié un addendum national sur la santé maternelle exigeant une prise en compte universelle de la GATPA dans tous les établissements publics. En 2007, le ministère de la santé, l'URC et les partenaires ont commencé à planifier pour une intensification nationale de la GATPA dans les maternités publiques. Une stratégie clé d'intensification s'est concentrée sur la dissémination de changements efficaces de mise en œuvre de la GATPA, ayant été identifiées par les équipes d'AQ au cours des

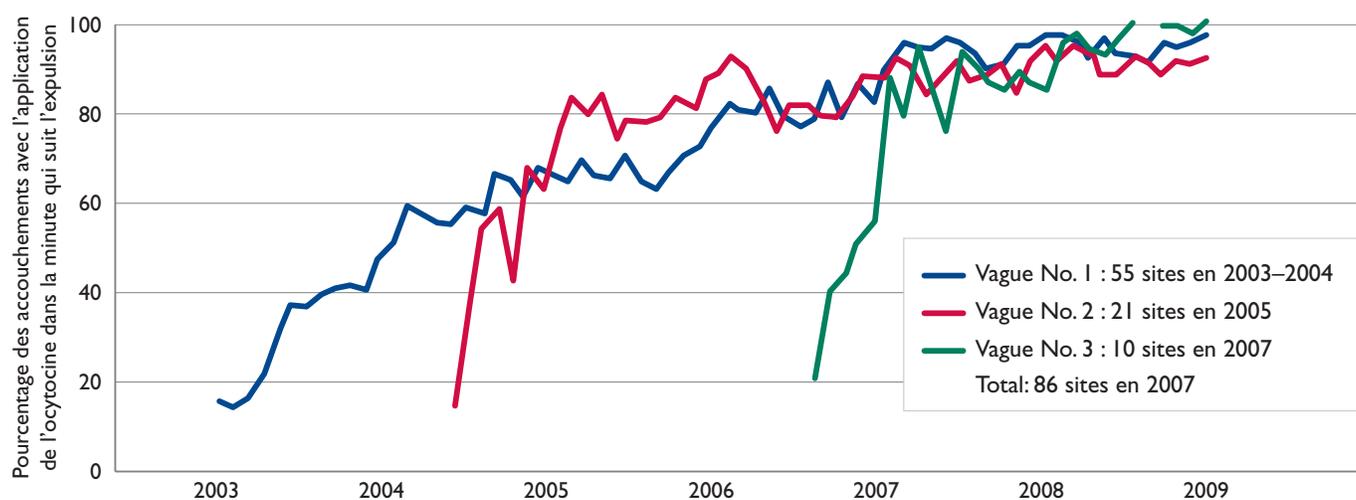
phases préliminaires du collaboratif. Le ministère de la santé et l'URC ont fourni une aide technique intensive pour bâtir une capacité régionale destinée à soutenir la formation, la supervision, le suivi et des processus permanents d'AQ sur les sites ciblés pour la dissémination de la GATPA. La figure 2 montre la mise en œuvre plus rapide de la GATPA sur de nouveaux sites pendant la phase d'expansion du collaboratif. Une exécution plus rapide est considérée découler d'une dissémination active d'approches efficaces de mise en œuvre, identifiées par les équipes d'AQ des maternités au cours de la phase initiale de

démonstration du collaboratif. La troisième vague du collaboratif comprenait 10 hôpitaux publics supplémentaires, portant le nombre total d'établissements du ministère de la santé pratiquant et rapportant une conformité aux normes de la GATPA, à 86 : 57 % de tous les établissements publics fournissant des soins d'accouchement en Équateur.

Le ministère de la santé mène une initiative intensive pour étendre la GATPA à tous les établissements publics fournissant des soins d'accouchement en Équateur; y compris des centres des deux plus grandes villes de l'Équateur; à savoir Guayaquil et Quito, qui n'avaient pas participé auparavant au collaboratif.

FIGURE 2. EXPANSION DE LA PRÉVENTION DE L'HPP AUX MATERNITÉS PUBLIQUES DE L'ÉQUATEUR

Vagues successives de maternités rejoignant un collaboratif de soins obstétriques essentiels, juillet 2003 à avril 2009



## TABLEAU 2 : CHANGEMENTS EFFECTUÉS PAR DES ÉQUIPES D'AQ POUR INTÉGRER LA GATPA DANS LES SOINS COURANTS DE CHAQUE ACCOUCHEMENT

Composantes du système de santé	Changements effectués par des équipes d'AQ pour assurer une application routinière de la GATPA
<b>Prestation de services</b>	
Organisation des soins	Réorganisation des soins liés à la naissance en phases distinctes de tri/évaluation, travail, accouchement et post-partum reposant sur des normes Définition de tâches spécifiques de soins liées à l'accouchement, comme la préparation d'une seringue d'oxytocine, assignées à un membre spécifique de l'équipe. Intégration de la GATPA aux soins néonataux et suivi immédiat de la mère et du nouveau-né lors du post-partum Stockage/pré-préparation de l'oxytocine dans la zone immédiate de l'accouchement (par ex. : seringue préchargée placée dans une glacière à côté de la table d'accouchement lorsque la femme commence à pousser)
Conformité des soins aux normes	Aide-mémoire pour la GATPA affichés dans les salles d'accouchement Observation, utilisation de liste de contrôle, compétences de GATPA du prestataire (simulée ou naissance vivante) dans le cadre des visites trimestrielles de supervision du Ministère de la santé Évaluation sur place, entre collègues, à l'aide de listes de contrôle d'observation structurée
Soins accessibles	Travail d'équipe d'AQ dans les formations sanitaires en collaboration avec la communauté pour identifier et réduire les obstacles à des soins qualifiés (par ex. : état de préparation à la naissance dans le cadre des soins prénataux)
Soins acceptables	Promotion de la présence d'un accompagnant à l'accouchement Création d'équipes de clients-prestataires pour tester et mettre en œuvre les changements pour une communication interpersonnelle améliorée et le caractère adéquat des soins, du choix du type de position d'accouchement
<b>Personnel de soins</b>	
Ressources humaines	Présence de prestataire formé à tous les accouchements (par ex. : calendriers d'appel) Redéploiement du personnel à l'intérieur de l'établissement
Compétence du personnel	Formation basée sur la maîtrise des compétences (naissances simulées avec mannequins et naissances vivantes) avec évaluation et certificat de compétence Observation, utilisation de liste de contrôle, compétences de GATPA intégrées dans les visites de supervision du Ministère de la santé Intégration de la GATPA dans les curricula des programmes nationaux de formation de sages-femmes
Engagement du personnel	Prestataires ou équipes de terrain à haute performance recrutés en tant que formateurs et superviseurs payés pour d'autres sites dans leur région Soutien entre collègues sur place Incitations financières basées sur la performance Prix aux équipes du collaboratif sur la base des résultats les plus performants
<b>Informations</b>	
Dossiers médicaux	Adaptation des dossiers de naissance pour inclure les normes GATPA (par ex. : cachets pré-apposés dans le partogramme) Plaidoyers avec les partenaires pour une révision des dossiers nationaux pour inclure les normes de la GATPA
Suivi	Suivi mensuel de la couverture de la GATPA et de la conformité aux normes des sites individuels; Partage et dissémination courants des résultats des sites Suivi régulier des résultats régionaux/nationaux de la GATPA par représentant régional/national officiel du Ministère de la santé
Analyse et dissémination	Analyse mensuelle des indicateurs de la GATPA par les équipes d'AQ sur place Analyse régionale/nationale courante des indicateurs de GATPA et dissémination des résultats, afin de suivre les progrès des sites.
<b>Produits médicaux et technologies</b>	
Médicaments et chaîne du froid	Membre du personnel désigné et protocole de stockage de médicament utérotonique Fonds de récupération des coûts pour l'achat de médicaments utérotoniques (en cas de non-couverture dans le budget)
<b>Financement de la santé</b>	
Soins inabordables pour la cliente	Plaidoyers pour des mécanismes de financement locaux et centraux
Compensations du personnel	Récompenses pour une performance de qualité
Infrastructure et médicaments	Plaidoyers pour l'inclusion d'agents utérotoniques en tant que médicaments essentiels à l'accouchement
<b>Leadership et gouvernance</b>	
Leadership	Champions de la GATPA recrutés dans des postes de leadership au sein du collaboratif « Mentorat » et promotion d'opportunités professionnelles pour les champions de la GATPA
Normes nationales	Dissémination des preuves de la GATPA aux experts et à ceux qui prennent les décisions à différents niveaux. Plaidoyers pour l'inclusion de la GATPA dans les normes nationales
Formation et supervision	Recrutement de formateurs avant et pendant le service, ainsi que de leaders d'opinion respectés en tant que formateurs et coaches de collaboratifs

suite de la page 3

dans le collaboratif, promouvant l'efficacité et la viabilité.

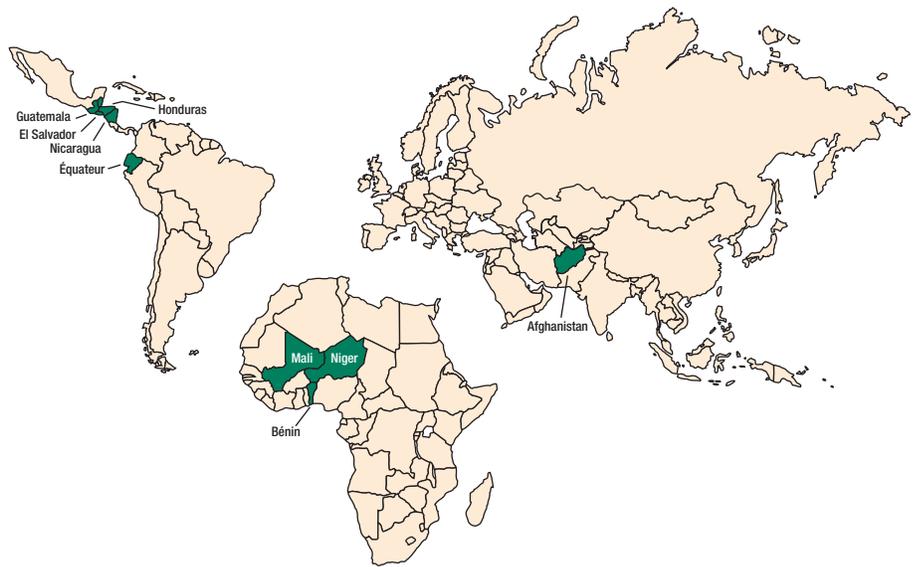
Grâce au Projet d'Amélioration des Soins de Santé d'USAID (USAID Health Care Improvement Project) financés par USAID, University Research Co., LLC (URC) a mis en œuvre des collaboratifs d'amélioration dans plus de 20 pays en voie de développement en Afrique subsaharienne, en Asie et en Amérique latine. En 2008, des collaboratifs d'amélioration des soins maternels et néonataux soutenus par l'URC au Niger, au Bénin, au Nicaragua, au Honduras et en Équateur ont atteint 62 % des districts dans chaque pays, couvrant 190 234 naissances dans les cinq pays. Dans la plupart des pays, la GATPA était administrée comme faisant partie d'un ensemble de soins immédiats du post-partum qui comprenait les soins essentiels aux nouveau-nés, ainsi que la surveillance du post-partum et les soins aux mères et aux nouveau-nés. Les encadrés 3 et 4 décrivent comment les collaboratifs d'amélioration ont intensifié l'application de la GATPA au Niger et en Équateur, respectivement.

Le tableau 2 donne des exemples de changements effectués par des équipes d'AQ pour mettre en œuvre la GATPA, en tant que partie intégrante des services d'accouchement dans les collaboratifs d'amélioration des soins maternels et néonataux soutenus par l'URC. Ces exemples comprennent les changements mis en œuvre par des équipes d'AQ de sites individuels au point de prestation de services et les changements adoptés au sein du système de santé plus vaste, par des équipes de leadership du ministère de la santé travaillant en collaboration.

## FACTEURS DE SUCCÈS POUR L'INTENSIFICATION DE LA PRÉVENTION DE L'HPP DANS UN COLLABORATIF D'AMÉLIORATION

Les collaboratifs maternels et néonataux de l'URC partagent plusieurs thèmes communs pour l'optimisation réussie des approches d'amélioration, afin d'intensifier la GATPA pour la prévention de l'HPP :

### PAYS OÙ L'URC MET EN ŒUVRE LA PRÉVENTION DE L'HPP DANS LE CADRE DES PROGRAMMES MATERNELS ET NÉONATAUX



- Un solide leadership, offrant des occasions de leadership aux participants ;
- Création permanente des capacités des équipes d'AQ basées dans les centres, en termes d'amélioration de la qualité et des compétences cliniques et de suivi ;
- Stratégie de suivi unifiée employant un ensemble d'indicateurs communs ;
- Gestion décentralisée d'activités de collaboration et soutien de chaque équipe de site par les autorités régionales du ministère de la santé ;
- Supervision de soutien des équipes sur les sites, afin de promouvoir une identification, des tests et l'adoption rapides de changements réussis pour la mise en œuvre de la GATPA ;
- Occasions régulières d'un apprentissage mutuel aux niveaux régional et national ;
- Dissémination des changements réussies de mise en œuvre de la première phase (« démonstration ») d'un collaboratif à de nouveaux sites durant les phases d'intensification et
- Promotion d'une « communauté de pratique » permanente.

## CONCLUSION

La prévention et le traitement rapides de l'HPP sont essentiels pour la réduction des décès maternels. La GATPA constitue un puissant outil dans la lutte contre l'HPP. Toutefois, comme c'est le cas pour de nombreuses interventions cliniques à haut impact, l'administration fiable de la GATPA dépend des fonctions essentielles du système de santé, qui sont souvent faibles dans des milieux à forte mortalité— d'où l'échec courant des services de santé à fournir une GATPA même lorsqu'elle est appuyée par des normes officielles. Les approches d'AQ comme le collaboratif d'amélioration sont une stratégie efficace de renforcement des fonctions essentielles du système de santé, pour accélérer l'intensification de la GATPA et d'autres interventions à haut impact et devraient faire partie de chaque programme maternel et néonatal.

Pour plus d'informations, veuillez contacter Youssef Tawfik, [ytawfik@urc-chs.com](mailto:ytawfik@urc-chs.com) ou Kathleen Hill, [khill@urc-chs.com](mailto:khill@urc-chs.com). Nous remercions tout particulièrement le personnel national de l'URC et les équipes du ministère de la santé travaillant en Afghanistan, au Bénin, en Équateur, au El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Mali, au Nicaragua et au Niger.

## RÉFÉRENCES

- Althabe F, P Buekens, E Bergel, JM Belizan, MK Campbell, N Moss, T Hartwell et LL Wright. 2008. A behavioral intervention to improve obstetric care *New England Journal of Medicine* 358 (18) : 1929–40.
- Batalden PB et F Davidoff. 2007. What is "quality improvement" and how can it transform health care?" *Quality and Safety in Health Care* 16(1) : 2–3.
- Campbell O et W Graham. 2006. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, The Lancet maternal survival series, Vol. 368(9543) : 1284–99.
- Catsambas TT, LM Franco. M Gutmann, E Knebel, P Hill et Y-S Lin. 2008. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. *Collaborative Evaluation Series*. Publié par le Projet d'Amélioration de Soins de Santé. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC).
- Darmstadt G, ZA Bhutta, S Cousens, T Adam, N Walker, L de Bernis et the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 2005. Evidence-based cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*, Neonatal Survival Series. 365(9463) : 977–99.
- Franco LM, L Marquez, K Ethier, Z Balsara, et W Isenhower. 2009. Results of Collaborative Improvement: Effects on Health Outcomes and Compliance with Evidence-based Standards in 27 Applications in 12 Countries. *Collaborative Evaluation Series*. Publié par le Projet d'Amélioration de Soins de Santé. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC).
- Harvey SA, CW Blandón, A McCaw-Binns, I Sandino, L Urbina, C Rodriguez, I Gómez, P Ayabaca, S Djibrina et the Nicaraguan Maternal and Neonatal Health Quality Improvement Group. 2007. Les « accoucheurs/euses qualifiés/es » ont-ils/elles réellement les compétences pour pratiquer des accouchements ? Présentation d'une méthode de mesure de ces compétences, de certains résultats dérangeants et d'une voie de progression potentielle. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 85 (10) : 783-790.
- Lawn JE et GL Darmstadt, Organizing Guest Editors et RL Goldenberg, External Guest Editor, 2009. Intrapartum-related deaths: evidence for Action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Volume 107, Supplement 1 : 9–150.
- Mathai M, AM Gulmezoglu et S Hill. 2007. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Genève (Suisse) : OMS.
- OMS (l'Organisation mondiale de la Santé ). 2004. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève (Suisse) : OMS.
- OMS (l'Organisation mondiale de la Santé ). 2007. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Genève (Suisse) : OMS..
- Prendiville WJP, D Elbourne et SJ McDonald. 2000. Active versus expectant management in the third stage of labour [Cochrane review]. Chichester : The Cochrane Library.
- Stanton C, D Armbruster, R Knight, I Ariawan, S Gbangbade, A Getachew, JA Portillo, D Jarquin, F Marin, S Mfinanga, J Vallecillo, H Johnson et D Sintasath. 2009. Application de la prise en charge active du troisième stade du travail dans sept pays en développement. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 87 (3) : 207-215.

---

### PROJET DE L'USAID D'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ

University Research Co., LLC  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 - États-Unis

Tél : (301) 654-8338

Fax : (301) 941-8427

[www.hciproject.org](http://www.hciproject.org)